

ໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບ [Medical Security Program]

ກະລຸນາ ອ່ານໃບໂຄສະນາທີ່ເດືອດຕົມນານຳນິກ່ອນຂຽນໃສ່ຄໍາຮອງຂໍສະໜັກ. ກະລຸນາ ຂຽນຕົວພິມຢ່າງຈະແຈ້ງ.

1. ຂໍ້ມູນຜູ້ສະໜັກ (ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດປະກັນການຫວ່າງງານແມ່ນຜູ້ຮອງຂໍສະໜັກ):

□.ນ.□.ນ. □.ນ.ນ. ນາມສະກຸນ: _____ ຊື່: _____ ຊື່ກາງຂຽນທີ່ _____

ນ້ຳເປີໂຊ: _____ - _____ - _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____ / _____ / _____
ເດືອນ ວັນທີ ປີ

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ: _____

ເມືອງ: _____ ສັດ: **MA** ລະຫັດເຂດ: _____ ເປົ້າໂທລະສັບ: _____

ກະລຸນາ ພາຍເອົາຫ້ອງທີ່ຖືກກັບຕົວທ່ານ.

a) ແດ: ຍິງ ຊາຍ b) ຕີພາ: * ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

c) ສະຖານະການແຕ່ງງານ: ໂສດ ແຕ່ງງານ ຢ່າຮັງ ແຍກກັນຢ່າງຖືກວິດໝາຍ d) ພິການ: ** ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

e) ສາມາດໄດ້ຮັບປະກັນໄພນຳຄູ່ສົມລິດ: ແມ່ນ ບໍ່ **ຖັກບໍ່**, ກະລຸນາ ອະທິບາຍໃສ່ຂ່ອງຫວ່າງທີ່ມີຢູ່ ຫຼືຕິດຄົດດຳອະນຸຍາຍເປັນລາຍລັກກສອນ.

f) ທ່ານລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມ: Medicare ພາກ A Medicare ພາກ B Medicaid MassHealth Commonwealth Care

ຖ້າທ່ານລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມ Medicaid ຫຼື Medicare ພາກ B, ທ່ານບໍ່ມີສິດເຂົ້າຮ່ວມ MSP.

2. ການເລືອກແຜນປະກັນ/ການຄຸ້ມຄອງ:

MSP ມີສອງແຜນ: ການຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າທຳນັນປະກັນ ແລະການຄຸ້ມຄອງໂດຍກົງ. ໃບໂຄສະນາ MSP ອະທິບາຍສອງແຜນດັ່ງກ່າວ ແລະບອກລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຂໍກຳນົດດ້ານການມີສິດເໝາະສົມເຂົ້າຮ່ວມສຳລັບແຕ່ລະແຜນ. ທັງສອງແຜນແມ່ນມີໃຫ້ສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງລາຍບຸກຄົນຫຼືຄອບຄົວ.

a) ແຜນຂັນໃດທີ່ທ່ານກຳລັງຂໍເອົາ? (ເລືອກເອົາອັນຫິ່ງ)

ການຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າທຳນັນປະກັນໄພ – MSP ຈ່າຍທິດແຜນຄືນສ່ວນໜຶ່ງຂອງຄ່າທຳນັນ COBRA ຫຼື ຄ່າປະກັນທີ່ຈ່າຍເອງ (ເບິ່ງໃນໂຄສະນາ).

ສໍາເນົາຈົດໝາຍ COBRA ຈາກນາຍຈັງຂອງທ່ານທີ່ຂັ້ນບອກຊື່ຂອງແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ COBRA ແລະ ຈຳນວນຄ່າທຳນັນປະກັນໄພຂອງທ່ານທີ່ຕ້ອງຈ່າຍ. ຖ້າທ່ານສືບຕໍ່ໃຊ້ປະກັນໄພສຸຂະພາບຂອງທ່ານເອງ, ໃຫ້ສະໜອງສໍາເນົາໃບບິນທີຂັ້ນບອກຄ່າທຳນັນປະກັນຈຳເດືອນຂອງທ່ານ.

ການຄຸ້ມຄອງໂດຍກົງ – ຖ້າທ່ານບໍ່ມີປະກັນໄພໃນເບິ່ງກ່ອນ ຫຼື ການເລືອກທີ່ຈະສືບຕໍ່.

ການຄຸ້ມຄອງໂດຍກົງທີ່ມີການຍົກເວັ້ນໃຫ້ຄວາມລຳບາກ – ສຳລັບບຸກຄົນທີ່ຮູ້ສຶກວ່າບໍ່ສາມາດສືບຕໍ່ COBRA ແມ່ນວ່າຈະມີການອຸດໝູນຂອງ MSP ໃຫ້ກໍ່ຕາມ.

ຖ້າລາຍຮັບຄອບຄົວຂອງທ່ານເກີນຂຶດກຳນົດລາຍຮັບ, ໃຫ້ສະໜອງຂັ້ນມູນຕໍ່ໄປນີ້:

- ແຈ້ງການການສືບຕໍ່ການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ (ຈົດໝາຍ COBRA) ຈາກອາດີນາຍຈັງຂອງທ່ານ.
- MSP ຈະກຳນົດລາຍຈ່າຍຕາມຂະໜາດຄອບຄົວ.

ຖ້າບໍ່ມີຂັ້ນນີ້ ການຮອງຂໍອົກເວັ້ນເນື່ອງຈາກຄວາມລຳບາກຂອງທ່ານແມ່ນບໍ່ສາມາດຖືກດໍາເນີນການໄດ້.

ຖ້າທ່ານມີເຖິ່ງມີໄຂຕົນທຸວມຕາມຫລັກເຕັມການຍົກເວັ້ນເນື່ອງຈາກຄວາມລຳບາກ, ທ່ານຈະຖືກຈົດທະບຽນເຂົ້າໃນແຜນຄຸ້ມຄອງໂດຍກົງ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີເຖິ່ງນີ້ໃຂຕົນ, ທ່ານຈະຖືກຈົດທະບຽນເຂົ້າໃນແຜນຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າທຳນັນປະກັນໄພ, ຖ້າມີເຖິ່ງນີ້ໃຂຕົນທຸວນ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງໃຫ້ຊາບກ່ຽວກັບການຕັດສິນນັ້ນ ຢ່າງເປັນລາຍລັກກສອນ.

b) ການຄຸ້ມຄອງໃດທີ່ທ່ານກຳລັງສະໜັກຂໍເອົາ? (ເລືອກເອົາອັນຫິ່ງ) ຄອບຄົວ ບຸກຄົນ

c) ທ່ານມີປະກັນໄພຜ່ານນາຍຈັງຄົນຫລັກສຸດຢູ່ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າທ່ານຕອບວ່າບໍ່, ໃຫ້ຂ້າມໄປຫາຄໍາຖາມທີ 3.

d) ທ່ານເລືອກທີ່ຈະສືບຕໍ່ແຜນປະກັນໄພສຸຂະພາບທີ່ສະໜອງໃຫ້ທ່ານຜ່ານນາຍຈັງຄົນຫລັກສຸດຂອງທ່ານບໍ່?

ແມ່ນ ບໍ່ **ວັນທີທີ່ COBRA ເລີ່ມຕົ້ນ _____ / _____ / _____**

ໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບ [Medical Security Program]

ຊື່ນາຍຈັງ	ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈັງ	ເປົ້າໂທລະສັບ

6. ປະກັນໄພຂອງຄູ່ສົມລິດ:

a) ຊື່ແຜນສຸຂະພາບ _____ b) ວັນທີທີ່ມີໃຫ້ _____ / _____ / _____
ເດືອນ ວັນທີ ປີ

c) ຄ່າທຳນຽມປະກັນໄພລາຍເດືອນໃນປະຈຸບັນຂອງຄູ່ສົມລິດ \$ _____

d) ຄ່າທຳນຽມປະກັນໄພລາຍເດືອນເພື່ອໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງລວມທັງຜູ້ຮອງຂໍສະໜັກ \$ _____

ຕ້ອງມີຈົດໝາຍທີ່ຂຽນໃສ່ເຈັຍຈົດໝາຍຂອງບໍລິສັດເພື່ອຍືນຍັນຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງ.

*ຫຼັກຖານທີ່ຕ້ອງການ – ສໍາເນົາຂອງຈົດໝາຍຈາກທ່ານໜີຂອງທ່ານທີ່ຂຽນໃສ່ເຈັຍທີ່ມີກາຂອງໂຮງການ (ສໍາລັບໃຊ້ໃນຄ່າທຳນຽມປະກັນໄພ).

** ຫຼັກຖານທີ່ຕ້ອງການ – ສໍາເນົາຂອງການກໍານົດຕັດສິນທີ່ອອກໄດ້ຍົງການບໍລິການປະກັນສັງຄົມ ຫຼື ຄະນະກຳມະການພື້ນຜູ້ລັດ Massachusetts. ຫຼື ສໍາເນົາຂອງຈົດໝາຍຈາກທ່ານໜີຂອງທ່ານທີ່ຂຽນໃສ່ເຈັຍທີ່ມີກາຂອງໂຮງການ.

7. ລາຍຮັບ “ອື່ນ” ນອກຈາກຮັບຈາກນາຍຈັງ ຫຼື ການຫວ່າງງານແລ້ວ (ຜູ້ສະໜັກ ແລະ ຄູ່ສົມລິດ):

ກະລຸນາສະໜອງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທຸກລາຍຮັບທີ່ສຳຄັນ (ທີ່ບໍ່ໄດ້ແຈ້ງຢູ່ຂ້າງເທິງ). ລາຍຮັບ“ອື່ນ” ອາດຈະລວມມື, ແຕ່ບໍ່ຈໍາກັດພຽງແຕ່ ຄ່າລັງງຸດລູກ, ເງິນຊີດເຊີຍເມື່ອຖືກເລີກຈັງງານ, ເງິນຈ່າຍຊີດເຊີຍເວລາເຈັບປ່ວຍທີ່ບໍ່ໄດ້ໃຊ້, ເງິນ SSI, ລາຍຮັບຈາກການໃຫ້ເຊົາ, ເງິນຊີດເຊີຍຜູ້ອອກແຮງງານ, ເງິນຄ່າລັງງຸດຄູ່ສົມລິດ, ເງິນປັນຜົນ ແລະ ດອກເບີຍ, ແລະ ອື່ນໆ.

ຜູ້ລາຍຮັບ:	ຈຳນວນເງິນທີ່ຫ້າໄດ້ໃນ 6 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ	ຄາດຄະເນລາຍຮັບໃນອີກ 6 ເດືອນຕໍ່ໄປ

8. ສຳຄັນ! ລາຍເຊັນໃຫ້ການອະນຸຍາດ ແລະ ການຍັງຍືນ: ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ການດູແລສຸຂະພາບ, ແຜນສຸຂະພາບອື່ນ, ແລະ ອະດີດນາຍຈັງຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຈາກບັນທຶກຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ແກ່ພະແນກຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ (DUA) ແລະ Network Health, ເຊິ່ງເຮັດຫຼາທີ່ເປັນຕົວແທນຂອງພະແນກ, ເພື່ອ:

- ແຈ້ງໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບທີ່ຂ້າພະເຈົ້າກໍາລັງຊອກເອົາການດູແລສຸຂະພາບນຳທີ່ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດເໝາະສົມເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການນີ້.
- ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຈາກບັນທຶກຫາງງານແພດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ແກ່, ແລະ ຮັບອົງຂໍຂໍ້ມູນຈາກ, ພາກສ່ວນທີ່ສາມເພື່ອພິສຸດຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນເພື່ອຕັດສິນການມີສິດເໝາະສົມເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການນີ້ຂອງຂ້ອຍ.
- ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຈາກບັນທຶກຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ແກ່ໜ່ວຍງານຂອງລັດຖະບານຕາມການກຳນົດຂອງກົດໝາຍ, ກົດລະບຽບ, ແລະ/ຫຼື ຂໍ້ຕົກລົງ ລະຫວ່າງໝ່ວຍງານເພື່ອອໍານວຍຄວາມສະດວກ ແລະ ລາຍງານການບໍລິການ, ຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງ MSP, ຮັບປະກັນຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງໂຄງການ Medical Security Program, ແລະ ຂໍ້ວ່າຍໃນການປັ້ງມາສະພາບຈາກໂຄງການ Medical Security Program ໄປເປັນແຜນສຸຂະພາບອັນຫຼື່ງອີກ.

ໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບ [Medical Security Program]

- ການປຽບທຸກໃນແຕ່ລະໄລຍະຈະຖືກດຳເນີນເພື່ອກຳນົດຕັດສິນວ່າທ່ານ ຫຼື ຜູ້ເຜິ່ນພາອາໄສຂອງທ່ານໄດ້/ເຕີຍໄດ້ຈົດທະບຽນເຂົ້າໃນແຜນສຸຂະພາບ ອືນຫຼືບໍ່, ລວມທັງ Medicare. ຜົນກໍ່ຄື ການມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນເບື້ອງຕົ້ນ ແລະ ໃນການສືບຕໍ່ຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ເຜິ່ນພາອາໄສຂອງທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບ ຜົນກະທົບ. ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຜູ້ເຜິ່ນພາອາໄສຂອງທ່ານໄດ້/ເຕີຍໄດ້ຈົດທະບຽນເຂົ້າໃນໂຄງການອືນ ລວມທັງ Medicare ທ່ານອາດຈະຮັບຜິດຊອບຈ່າຍ ຄ່າບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບ.

ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສະໝັກຂໍເອົາການຄຸ້ມຄອງໄດຍງົງ, ຂ້າພະເຈົ້າມອບໝາຍສິດໃຫ້ແກ່ພະແນກ DUA ໃນການຈ່າຍຄ່າບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຂອງ ຂ້າພະເຈົ້າຈາກຜູ້ໃຫ້ປະກັນໄພພາກສ່ວນທີ່ສາມໃນຂອບເຂດທີ່ DUA ໄດ້ຈ່າຍ ຫຼື ມີພັນທະຕູງຈ່າຍ ສຳລັບການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບເຫຼົາມັນ ສຳລັບຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ/ຫຼື ຜູ້ເຜິ່ນພາອາໄສຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ ໄດ້ທົບທວນເບິ່ງທັງພິດສີ້ນ້າຂອງໃບຄໍາຮັບອົງນີ້ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ພະຍາຍາມດີທີ່ສຸດແລ້ວ ໃນເຮັດໃຫ້ໄດ້ມາແລະລາຍງານຕາມ ຄວາມເປັນຈິງຂໍ້ມູນຕ່າງໆທີ່ຖືກຮັບອົງຂໍເອົາ. ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າ ທຸກການລາຍງານຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ໃນຄໍາຮັບອົງສະບັບນີ້ ແມ່ນຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົນ ຖັນຕາມຄວາມຮູ້ ແລະ ຄວາມເຊື່ອທີ່ດີສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ DUA ຈະອີງໄສ່ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າສະໜອງໃຫ້ໃນໃບຄໍາຮັບອົງນີ້ເພື່ອຕັດ ສິນການມີສິດເໝາະສົມເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ MSP ແລະ ຜົນປະໂຫຍດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ການປິດເບື້ອນຂໍ້ມູນທີ່ສະໜອງໃຫ້ໃນແບບຟອມນີ້ໄດ້ຕັ້ງໃຈ ແລະ ເຈັດຕະນາ ອາດຈະເຮັດໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຫາງ ອາຍາ ຫຼື ທາງແພ່ງພາຍໃຕ້ກິດໝາຍຂອງສະຫະພັນລັດ Massachusetts.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮັບອົງ: _____ ວັນທີ: _____ / _____ / _____
ເດືອນ ວັນທີ ປີ

ຂົງຂໍໃສ່: _____

ຖ້າຫາກທ່ານແຕ່ງງານ ແລະ ຂໍເອົາການເປັນສະມາຊຸກໃຫ້ແກ່ຄອບຄົວທ່ານ, ທ້າທ່ານແລະຄຸ້ມືລົດຂອງທ່ານຕ້ອງເຊັນໃນຄໍາຮັບອົງນີ້:

ລາຍເຊັນຂອງຄຸ້ມືລົດ: _____ ວັນທີ: _____ / _____ / _____
ເດືອນ ວັນທີ ປີ

ຂົງຂໍໃສ່: _____

**SEND IN AN ENVELOPE TO:
MEDICAL SECURITY PROGRAM
P.O. BOX 146758, BOSTON, MA 02114-0020**

ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບ ໂຄງການປະກັນໄພສຸຂະພາບ, ກະລຸນາເຂົ້າເຖິງໃນ www.mass.gov/dua/msp

ໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບ Medical Security Program

ບໍລິການຄຸ້ມຄອງໄດຍພະແນກຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ

ແບບຟອມ 2161 APP Rev. 12-11